Ueber die inguinale Operations-Methode der Schenkelhernien

Bericht über 70 Beobachtungen an der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau 1909 — 1919

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Paul Sander

Breslau 1920
Buchdruckerei „Merkur“ (Emil Wurst), Breslau 1, Schmiedebrücke Nr. 33

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Die Operation der Schenkelhernie auf inguinalem Wege, die in den letzten Jahren immer mehr Anhänger gefunden hat, geht bis auf Annandale und Edebohls ins Jahr 1876 zurück. Der erste Autor, der dies Verfahren zur Methode erhob war Ruggi. Tuffier baute das Verfahren von Ruggi weiter aus, und empfahl es besonders bei gleichzeitig bestehendem Leistenbruch und bei eingeklemmten Brüchen; Fabricius schlägt die Durchtrennung des Poupartschen Bandes vor, um die Naht desselben an das Schambein periost zu erleichtern. Auch die Methoden von Délageniere, Roux, Nicol und Cavazani, die auf recht komplizierte Weise eine feste Vereinigung des Leistenbandes mit dem Periost des Schambeins erstreben, die Verlagerungsmethode von Kader und die Invaginationsmethode von Kocher sind als inguinale Methoden aufzufassen, ebenso wird bei vielen Methoden mit Knochen-Muskel- oder Fascienplastik auf inguinalem Wege vorgegangen. Von Lotheißen und Föderl wurde dann der freie Rand der Bauchmuskulatur zum Verschluß der Bruchpforte mit herangezogen und zwar wurde die Muskulatur, das Poupartsche Band und das Periost des Schambeins durch Naht vereinigt. Diese Naht wurde dann von Berndt und Frank modifiziert und vereinfacht. In ähnlicher Weise verfuhren Codivilla, Lowie und Bardy, nur trennten sie das Poupartsche Band längs, beziehungsweise quer. Das Verfahren von Reich, der die Methode als „Normalverfahren" für freie Schenkelhernien empfiehlt, ist kurz folgendes:

1. Hautschnitt parallel und 1 cm oberhalb des Leistenbandes.
2. Eröffnung des Leistenkanals.
3. Freilegung des Bruchsackhalses und Luxation des Bruchsackes unter dem Leistenband hindurch nach oben. Versorgung des Bruchsackes.
4. Naht der Bauchmuskulatur mit dem Leistenbande und dem Periost des Schambeins.
5. Wiederherstellung des Leistenkanals.
6. Subkutane Naht und Hautnaht.

Um den Wert und die Brauchbarkeit der inguinalen Methode beurteilen zu können, sind alle Operationen, die in den letzten 10 Jahren in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik auf inguinalem Wege ausgeführt worden sind, untersucht worden.

Es wurden an 66 Patienten 51 freie und 19 eingeklemmte Brüche operiert. Betrachten wir die einzelnen Phasen der Operation, so sehen wir, daß man mit dem rein inguinalen Hautschnitt bei irreponibelen und eingeklemmten Hernien nicht allein auskommt; auch der wichtigste Akt, die Luxation des Bruchsackes stößt bei irreponibelen und eingeklemmten Brüchen auf Schwierigkeiten. Der Nahtverschluß ließ sich in fast allen Fällen gut ausführen; meist wurde Muskulatur, Leistenband und Periost des Schambeins mit einer Nahtreihe gefaßt.

Der Heilungsverlauf war günstig; zum Vergleich sind auch die Operationen, die in demselben Zeitraum auf „nicht" inguinalem Wege ausgeführt wurden, mit untersucht worden.

Freie Hernien:

	50 Ing. Methode	33 Nicht ing. Methode
Todesfälle	0	0
Heilung p. I.	48 = 96 %	32 = 97 %
Heilung p. II.	2 = 4 %	1 = 3 %
Durchschnittliche Heilungsdauer:	12,8	13 Tage

Eingeklemmte Hernien:

	18 Ing. Methode	74 Nicht ing. Methode
Todesfälle	1	15
Heilung per I.	13 = 76,5 %	40 = 67,5 %
Heilung per II.	4 = 23,5 %	19 = 32,5 %
Durchschnittliche Heilungsdauer:	17 Tage	17,8 Tage

Der Erfolg der Operation konnte an 40 Operationen beurteilt werden.

Zu 36 Dauerheilungen kommen eine zweifelhafte Heilung und 3 Rezidive, d. s. =7,5 %, gegen 14,3 % bei den nicht inguinalen Methoden.

Die inguinale Methode, besonders nach dem Vorgang von Reich, hat sich bei den freien Hernien bewährt; bei eingeklemmten Brüchen ist sie mit Erfolg anzuwenden, wenn das Leistenband prinzipiell gespalten, oder der Bruchsack unterhalb des Leistenbandes versorgt und abgetragen wird.